

Nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral
concernant le caractère économique des prestations

Enfin une prise en compte globale des coûts*

*Hanspeter Kuhn, avocat,
secrétaire général adjoint
de la FMH*

Le 9 octobre 2006, le Tribunal fédéral des assurances s'est prononcé sur le cas d'une femme médecin des Grisons dont les coûts médicaux étaient certes plus élevés que la moyenne de référence, mais pas les coûts générés. Le tribunal arbitral LAMal des Grisons l'avait obligée à rembourser quelque 94 000 francs de frais médicaux directs.

Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a – enfin – modifié sa jurisprudence en exigeant l'examen *global* des coûts. Cet arrêt marque un pas dans la bonne direction, et ce en particulier sur deux points principaux:

1. Une modification de la jurisprudence s'impose

«Une modification de la jurisprudence [...] s'impose de sorte que, dans le cadre du contrôle de l'économicité des prestations, l'examen global est nécessaire et doit, dans la mesure du possible, se référer à l'indice global des coûts constitué par les coûts médicaux, les coûts des médicaments et les coûts générés par le médecin. [...] Si par exemple un médecin fournit un nombre de prestations supérieur à la moyenne, mais qu'il les compense par des coûts générés inférieurs à la moyenne de référence, le but visé à l'article 56 de la LAMal est aussi atteint» (point 5.3.3. [trad. FMH]).

Commentaire

Désormais, un médecin qui examine soigneusement ses patients et réduit ainsi ses frais de médicaments ne sera plus sanctionné. Ce nouveau principe a été appliqué par le TFA dans le jugement susmentionné annulant ainsi le reproche de surfacturation.

2. Un réel examen global

«Un réel examen global devrait toutefois aussi prendre en compte les coûts générés par l'envoi du patient chez un spécialiste ou à l'hôpital, qui sont des données non recensées dans ce cas [trad. FMH]. Dans son recours, la recourante a tout de même fait valoir et fourni les offres de preuves attestant que, dans son cas, le nombre de patients envoyés chez un spécialiste ou à

l'hôpital était inférieur à la moyenne de référence. Ses arguments sont étayés par la décision de la Commission bleue du 11 novembre 2003, selon laquelle la recourante a généré peu de coûts par l'envoi de patients chez des spécialistes ou à l'hôpital. Dans ce contexte, il est inadmissible de renoncer aux offres de preuves et de reprocher en même temps à la recourante que ses affirmations sont infondées. Ceci vaut d'autant plus que les preuves en question n'exigent pas obligatoirement une analyse détaillée de chaque cas, mais que les données statistiques devraient être suffisantes, des données qu'on pourra – solution la plus simple – recueillir chez les assureurs-maladie (cf. Schürer, op. cit., p. 85 et 89, en allemand seulement)» (point 5.3.6. [trad. FMH]).

Commentaire

Ce passage concernant la prise en compte globale réelle des coûts ne représente, dans le cas concret, qu'une simple déclaration d'intention, car la femme médecin concernée ne dépassait pas de manière significative le cadre statistique, et ce même sans examen de ces questions. Mais même s'il ne s'agit donc que d'un «obiter dictum» (remarque non nécessaire pour la présente décision), il convient de saluer ce changement de cap du TFA.

Ce passage tiré de l'arrêt du TFA illustre en outre parfaitement l'importance du travail de médiation effectué par la Commission paritaire de confiance (la Commission bleue dans le cas présent). La Commission paritaire de confiance connaît la situation régionale et les tribunaux de l'Etat font largement confiance à son analyse en ce qui concerne la question de savoir si le cabinet du médecin jugé est comparable sur le plan statistique à celui de ses confrères de la même discipline ou s'il existe des écarts importants, notamment dans la gravité de la maladie des patients traités (selon la littérature américaine: «case-mix/severity of illness» [1]) et/ou en ce qui concerne l'éventail d'activités du cabinet médical concerné («specialty definition» [2]).

Pour rappel: en 1998 déjà, le Comité central de la FMH avait (dans un document remis à la Commission de la concurrence) critiqué le fait

* Commentaire de l'arrêt du TFA du 6 octobre 2006 K 6/06.

que la statistique établie jusqu'alors par les assureurs-maladie désignait comme chers les médecins qui ne l'étaient pas et comme bon marché, ceux qui revenaient cher! Extrait [3]:

«Récapitulatif

Compte tenu des critères discutés, la statistique des cas de traitement établie par le Concordat des assurances-maladie suisses (CAMS) permet d'établir facilement le «portrait-robot» suivant du médecin «bon marché»:

- Le médecin «bon marché» envoie ses patients à l'hôpital ou en home médicalisé plus rapidement que ses collègues et prescrit des soins à domicile plus rapidement et de manière plus complète afin de pouvoir réduire ses propres traitements (la statistique du CAMS ne contient ni les traitements hospitaliers ni les coûts des soins à domicile ni les transferts dans des EMS).
- Il évite de suivre ses patients tout au long de l'année et promeut une clientèle «de passage» (dans la statistique du CAMS, les cas sont définis par année et non par cas de maladie).
- Il traite avant tout des personnes en bonne santé et met tout en œuvre pour se débarrasser, si possible, des patients âgés polymorbides (la statistique du CAMS ne tient compte ni de l'âge ni du sexe).
- Lors de situations complexes, il envoie immédiatement ses patients chez des spécialistes en leur confiant la suite du traitement. Il ne se contentera jamais de leur demander uniquement un avis pour s'occuper ensuite lui-même du suivi thérapeutique (la statistique du CAMS contient des saisies statistiques différentes pour l'activité de conseil assumée par des spécialistes et pour la suite du traitement effectuée par des spécialistes).
- Lors de troubles psychiques minimes constatés chez un patient, il l'envoie chez un psychiatre, au lieu de garantir un traitement global dans le cadre de ses possibilités (la statistique du CAMS n'attribue pas au médecin référent le suivi ou le traitement parallèle par un psychiatre).
- Comme les résultats thérapeutiques ne sont pas non plus mesurés, même de manière par-

tielle, il se contente d'une qualité de traitement sous-optimale chez les patients qui ne peuvent se rebeller par manque d'informations. Il repoussera, par exemple, les opérations non urgentes (prothèses de la hanche, etc.), ce qui ne permet d'économiser des coûts qu'à court terme (la statistique du CAMS ne prend pas les résultats thérapeutiques en considération).

Même sans étudier la littérature spécialisée, les profanes constatent immédiatement que le concept de saisie et d'évaluation à la base de la statistique des cas de traitement établie par le CAMS n'est visiblement pas adéquat, peu importe que le débat porte sur des plaintes en rétrocession pour cause de surmédicalisation ou sur l'exclusion de médecins dits chers hors des systèmes de managed care. La statistique du CAMS génère une image faussée du médecin, qui est contraint – pour apparaître bon marché dans la statistique ou du moins ne pas se faire remarquer – de faire soigner ses patients simultanément par le plus grand nombre possible de médecins ou de les envoyer à l'hôpital. Dans ce contexte, aucun médecin ne coordonne les traitements car la statistique lui attribuerait plus de coûts en raison justement de cette coordination. On est bien loin de la médecine exigée par la loi et les politiques et souhaitée par les patients!»

Références

- 1 Kongstvedt PR. Essentials of Managed Health Care. 4th edition. Gaithersburg, MD: Aspen Publication; 2001. p. 400: Peer group, adjusted for age, sex and case-mix/severity of illness – «the issue of severity must be addressed.»
- 2 Kongstvedt PR. [1]. p. 398 sous «specialty definition». Exemple: le cardiologue travaille-t-il dans sa spécialité pour l'essentiel avec des patients qui lui ont été envoyés ou principalement aussi en tant que médecin de famille? En Suisse, les statistiques ne saisissent que le titre du médecin et pas son réel profil d'activités.
- 3 Prise de position de la FMH à l'adresse de la Commission de la concurrence, 1^{er} septembre 1998.